

### CAPÍTULO III - CONDIÇÃO ESPECÍFICA DE CONTRATAÇÃO DE PLANO DE SAÚDE

Esta Condição Específica de Contratação de Plano de Saúde é parte integrante e indissolúvel do **CONTRATO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE COLETIVO EMPRESARIAL NA SEGMENTAÇÃO AMBULATORIAL E/OU HOSPITALAR COM OU SEM OBSTETRÍCIA PEQUENAS E MÉDIAS EMPRESAS – PME (09.2022.001)**.

#### 1. CARACTERÍSTICAS DOS PLANOS

| Nome do Plano                       | Número de Registro na ANS | Coparticipação | Segmentação                               | Acomodação |
|-------------------------------------|---------------------------|----------------|-------------------------------------------|------------|
| CCG TOP - EMPRESARIAL GLOBAL PD III | 486.692/20-4              | Sim            | Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia | Coletiva   |

#### 2. PADRÃO DE ACOMODAÇÃO

**2.1.** O padrão de acomodação de cada plano observará sempre aquele previsto na tabela constante no item 1. CARACTERÍSTICAS DOS PLANOS da presente Condição Específica:

**(a) Acomodação Coletiva:** quarto não privativo de até 02 (dois) leitos. Havendo indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos referenciados, é garantido ao Beneficiário o acesso à acomodação em nível superior, sem custo adicional;

**(b) Acomodação Individual:** apartamento com quarto e banheiro privativos e com direito a um acompanhante.

#### 3. ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA

**3.1.** A abrangência geográfica observará sempre as características específicas de cada um dos planos contratados, observadas as especificações constantes na tabela a seguir no que diz respeito às localidades em que serão garantidas as coberturas assistenciais:

| Nome do Plano                       | Número de Registro na ANS | Abrangência Geográfica |
|-------------------------------------|---------------------------|------------------------|
| CCG TOP - EMPRESARIAL GLOBAL PD III | 486.692/20-4              | Nacional               |

## 4. MECANISMO DE REGULAÇÃO

### 4.1. Mecanismos de Regulação – Coparticipação

**4.1.1.** Observada a tabela constante no item 1. CARACTERÍSTICAS DOS PLANOS da presente Condição Específica, para os planos com coparticipação será devido pela Contratante em favor da Contratada para a realização de cada um dos procedimentos a seguir indicados o pagamento de coparticipação, a qual será cobrada juntamente com o faturamento mensal:

| PROCEDIMENTOS                                            | VALOR DA COPARTICIPAÇÃO                                       | Observações                                  |
|----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| Consultas Eletivas/Urgência (Rede Própria CCG Saúde)     | R\$ 20,00                                                     | Sem limitador                                |
| Consultas Eletivas/Urgência (Rede Externa Credenciada)   | R\$ 35,00                                                     | Sem limitador                                |
| Consulta/Sessão de Psicologia (Rede Própria CCG Saúde)   | R\$ 20,00                                                     | Sem limitador                                |
| Consulta/Sessão de Psicologia (Rede Externa Credenciada) | R\$ 40,00                                                     | Sem limitador                                |
| Consulta/Sessão de Fisioterapia Ambulatorial             | R\$ 10,00                                                     | Sem limitador                                |
| Exames Simples                                           | R\$ 5,00                                                      | Limite de R\$ 50,00 por guia de autorização  |
| Exames de Alta Complexibilidade                          | R\$ 50,00                                                     | Limite de R\$ 150,00 por guia de autorização |
| Quimioterapia                                            | 40% da Tabela praticada para remuneração dos serviços médicos | Limitador de R\$ 200,00 por ciclo.           |
| Radioterapia                                             | 40% da Tabela praticada para remuneração dos serviços médicos | Limitador de R\$ 200,00 por ciclo.           |
| Hemodiálise                                              | 40% da Tabela praticada para remuneração dos serviços médicos | Limitador de R\$ 200,00 por ciclo.           |

(\*) A classificação dos exames/terapias pode ser consultada no portal ou na Central de Atendimento da **CONTRATADA**.

(\*\*) Limite Máximo de Cobrança por beneficiário / mês - exceto internação

**4.1.2.** Será garantida a isenção da cobrança da coparticipação no caso de consulta de retorno, desde que realizada pelo mesmo especialista, no período de 30 (trinta) dias da última consulta.

**4.1.3.** O valor máximo de coparticipação observará a legislação vigente à época da contratação e a tabela prevista no item 4.1.1 acima, observadas as atualizações dos valores de acordo com o critério de reajuste previsto em contrato.

**4.1.4.** Os procedimentos/eventos para os quais será devida a coparticipação pela **CONTRATANTE** serão aqueles previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e, por ventura

procedimentos/eventos extra-Rol desde que previstos para o plano contratado, sendo certo que os valores de coparticipação previstos serão reajustados anualmente na mesma data base de reajuste das contraprestações pecuniárias mensais, observado o índice financeiro previsto nas Condições Gerais do Contrato.

## 4.2. Mecanismos de Regulação – Porta de Entrada

**4.2.1.** Consultas nos Centros Clínicos próprios e nos consultórios Credenciados sem necessidade de guia de encaminhamento;

**4.2.1.1.** Os exames complementares simples, quando solicitados por médicos da rede própria ou credenciada da **CONTRATADA** ou indicados pela mesma para esta finalidade, não haverá necessidade de guia de autorização.

**4.2.1.1.1.** Nas hipóteses em que os exames complementares simples sejam solicitados por médicos não integrantes à rede própria ou credenciada da **CONTRATADA** deverá ser solicitada previamente a guia de autorização caso o Beneficiário deseje realizá-los na rede própria ou credenciada da **CONTRATADA**.

**4.2.1.2.** Exames complementares e terapias, quando solicitados por médicos da rede própria ou credenciada da **CONTRATADA** ou indicados pela mesma para esta finalidade, mediante guia de autorização emitida nos Centros Clínicos próprios ou pelo Departamento de Internação da **CONTRATADA**;

**4.2.1.2.1.** Nas hipóteses em que os exames complementares e terapias sejam solicitados por médicos não integrantes à rede própria ou credenciada da **CONTRATADA** deverá ser solicitada previamente a guia de autorização caso o Beneficiário deseje realizá-los na rede própria ou credenciada da **CONTRATADA**.

**4.2.1.3.** A rede de prestadores (consultórios, serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento e hospitais) observará exclusivamente aquela relativa ao plano contratado e ao qual Beneficiário esteja vinculado conforme informações divulgadas no portal da **CONTRATADA** na internet ([www.ccgsaude.com.br](http://www.ccgsaude.com.br));

**4.2.1.4.** Internações em hospitais e maternidades da Rede Própria ou Credenciada da **CONTRATADA**, com os médicos por ela indicados para esta finalidade, com padrão de acomodação compatível com aquele previsto para o plano contratado e mediante guia de autorização prévia emitida pelo Departamento de Internação da **CONTRATADA**.

**4.2.1.4.1.** Nas hipóteses em que as internações venham a ser solicitados por médicos não integrantes à rede própria ou credenciada da **CONTRATADA** deverá ser solicitada previamente a guia de autorização caso o Beneficiário deseje realizar o procedimento/evento coberto na rede própria ou credenciada da **CONTRATADA**.

**4.2.1.5.** Quando não houver rede própria a **CONTRATADA** poderá oferecer rede credenciada em substituição à mesma, sendo facultado à **CONTRATADA** o direito de voltar a oferecer rede própria quando houver a disponibilidade na área de abrangência geográfica do plano contratado.

### 4.3. Mecanismos de Regulação – Autorização Prévia

**4.3.1.** A todos os produtos do presente instrumento serão aplicadas as regras de autorização prévia, conforme as regras e condições a seguir discriminadas.

**4.3.2.** As solicitações pelo médico assistente de internações clínicas e cirúrgicas, exames complementares e terapias, devem ser submetidos à autorização prévia pelo Departamento de Regulação da **CONTRATADA**, que analisará e emitirá as respectivas respostas dentro dos prazos previstos pela legislação e regulamentação vigentes.

**4.3.3.** A solicitação de autorização prévia e sua respectiva resposta serão viabilizadas via Portal ([www.ccgsaude.com.br](http://www.ccgsaude.com.br)) na área logada do beneficiário, ou nos Centros Clínicos próprios da **CONTRATADA**.

**4.3.4.** A análise de autorização dos procedimentos e eventos cobertos e previstos neste Contrato e, solicitados pelo médico assistente, serão submetidos à Segunda Opinião Médica, visando melhor elucidação diagnóstica e a segurança do paciente.

**4.3.4.1.** A Segunda Opinião Médica poderá ser realizada de forma documental ou presencial, a critério do profissional auditor da **CONTRATADA**.

**4.3.4.2.** Na hipótese de indicação de Segunda Opinião presencial pelo profissional auditor, o Beneficiário estará obrigado a comparecer em consulta agendada para este fim, sob pena de restar prejudicada a análise para fins de autorização do procedimento solicitado.

**4.3.5.** As hipóteses de contraindicação do procedimento solicitado, após análise da Segunda opinião, serão submetidas a Junta Médica e/ou Odontológica, para definição do impasse.

**4.3.5.1.** A Junta Médica e/ou Odontológica será constituída pelo profissional solicitante ou nomeado pelo Beneficiário, por profissional da **CONTRATADA** e por um terceiro, escolhido de comum acordo pelos dois profissionais acima nomeados, cuja remuneração ficará a cargo da **CONTRATADA**.

**4.3.5.2.** A escolha de comum acordo do profissional desempatador observará as regras da legislação e regulamentação vigentes à época do procedimento.

**4.3.5.3.** A critério profissional desempatador, a Junta Médica e/ou Odontológica poderá ser documental ou presencial, ou ainda conter solicitação de exames complementares.

**4.3.5.4.** Sendo indicada a junta presencial ou a realização de exames complementares, é obrigatório o comparecimento do beneficiário para este fim, sob pena de restar prejudicada a análise do profissional desempatador e, conseqüentemente, a conclusão da Junta e a autorização do procedimento.

**4.3.6.** Os impasses quanto a indicação de materiais especiais, órteses ou próteses também serão sanados via o processo da Junta Médica e/ou Odontológica.

**4.3.6.1.** O profissional assistente, solicitante do procedimento submetido a Junta Médica e/ou Odontológica, deverá justificar clinicamente a indicação das órteses, próteses ou dos materiais especiais – OPME necessários à execução dos procedimentos e, oferecer, pelo menos, 3 (três) marcas de produtos de fabricantes diferentes, quando disponíveis, dentre aquelas regularizadas junto à ANVISA, que atendam às características especificadas.

**4.3.6.2.** A **CONTRATADA** instaurará Junta Médica e/ou Odontológica quando o profissional assistente não indicar as 3 (três) marcas ou nas hipóteses em que discordar das marcas indicadas, após análise da Segunda Opinião.

**4.3.7.** A **CONTRATADA** se obrigará ao parecer do profissional desempatador, seja pela cobertura ou pela não realização do procedimento solicitado, sem prejuízo de consenso com o profissional assistente em relação à conduta clínica.

#### **4.4. Mecanismos de Regulação – Gerenciamento de Ações em Saúde**

**4.4.1.** As solicitações de internações clínicas e cirúrgicas, procedimentos ou exames efetuados por profissional não pertencente à Rede Própria ou Credenciada da **CONTRATADA** poderão ser autorizadas, após análise prévia do pedido pelo Departamento Médico da **CONTRATADA** e observadas as regras contratuais de Segunda opinião e Junta Médica, contudo o procedimento será exclusivamente realizado por profissionais credenciados e na Rede Própria ou Credenciada da **CONTRATADA**.

**4.4.2.** Nos planos relacionados nesta Condição Específica os atendimentos relativos às especialidades abaixo relacionadas estarão sujeitos a **Direcionamento** exclusivamente a profissional e prestador da Rede Própria ou Credenciada disponibilizados no momento da autorização do procedimento:

- a) Ortopedia (cirurgias ortopédicas eletivas);
- b) Oncologia;
- c) Procedimentos eletivos na especialidade de Buco Maxilo Facial;
- d) Cirurgias Gástricas eletivas;
- e) Acompanhamento de Gestação de Risco;
- f) Cardiologia (Cirurgias Cardiovasculares eletivas);
- g) Neurocirurgias eletivas;
- h) Otorrinolaringologia (procedimentos eletivos);
- i) Internação de Urgência e Emergência.

**4.4.2.1.** O direcionamento à profissional e/ou estabelecimento de saúde conforme item 4.4.1. não dispensa a análise prévia de autorização pela **CONTRATADA**, de acordo com as coberturas contratadas.

#### **5. REAJUSTE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA**

**5.1.** A variação do preço em razão da alteração da faixa etária somente incidirá quando o Beneficiário completar a idade limite abaixo prevista, sendo o reajuste aplicado no mês subsequente, conforme faixas etárias e percentuais constante da tabela abaixo:

| FAIXAS ETÁRIAS | Variação % |
|----------------|------------|
| 0 a 18 anos    | 0,00%      |
| 19 a 23 anos   | 17,83%     |
| 24 a 28 anos   | 10,98%     |
| 29 a 33 anos   | 11,65%     |
| 34 a 38 anos   | 9,42%      |
| 39 a 43 anos   | 15,57%     |
| 44 a 48 anos   | 26,75%     |
| 49 a 53 anos   | 18,40%     |
| 54 a 58 anos   | 40,87%     |
| 59 anos ou +   | 39,22%     |

## 6. BENEFÍCIOS ADICIONAIS

**6.1.** Serão disponibilizados os Benefícios Adicionais a seguir, observadas eventuais exceções e ou disponibilidade exclusiva para determinados planos:

**6.1.1. Clube de Vantagens e Benefícios** – Exclusivo clube de vantagens e benefícios com descontos nas áreas de alimentação, lazer, saúde e bem-estar, medicamentos e outros.

**6.1.2. Centro de Oncologia – Ala de Oncologia** – Os Beneficiários terão à disposição uma moderna e exclusiva ala especializada no atendimento oncológico e quimioterápico, com equipe médica multidisciplinar especializada que proporciona todo o suporte e segurança aos pacientes. Possui ambiente que oferece conforto e privacidade, com salas individuais que permitem a presença do acompanhante do paciente em tratamento oncológico.

**6.1.3. Medicina Preventiva** – A **CONTRATADA** disponibilizará aos beneficiários, um conjunto de programas pioneiros que promove a qualidade de vida e o bem-estar dos beneficiários por meio da adoção de hábitos saudáveis. Entre os programas desenvolvidos pela **CONTRATADA**, destacam-se os seguintes:

- a) Medicina Preventiva (Qualivida);
- b) Programa de Gestação Segura;
- c) Preventiva Premiada;
- d) Programa de Apoio ao Paciente com Doenças Cr nicas;
- e) Programa de Assistência ao Idoso;
- f) Casos de Alta Complexidade.

**6.1.3.1.** As informações sobre disponibilidade dos programas em cada localidade, bem como demais informações, podem ser obtidas na Central de Atendimento Telef nico ou no portal da **CONTRATADA** na internet ([www.ccgsaude.com.br](http://www.ccgsaude.com.br)).

**6.1.4. Assistência em viagem nacional** – Atendimento aos beneficiários em casos de acidentes ou doenças agudas que estejam em viagem Nacional. As especificações e valores de cobertura estarão disponíveis para consulta no Portal da operadora: [www.ccgsaude.com.br](http://www.ccgsaude.com.br).

**6.1.5. Programa de Aconselhamento Médico por telefone** – O serviço de atendimento telefônico em saúde é um serviço receptivo, realizado por profissionais de saúde, com a missão de esclarecer dúvidas, fornecer aconselhamento seguro, além de orientar o melhor direcionamento para a necessidade do paciente, assegurado 24 (vinte e quatro) horas, 7 (sete) dias por semana. O programa tem como objetivo:

- a) Orientar por telefone a respeito de enfermidades, sintomas, dúvidas ou inquietações de saúde;
- b) Orientar sobre as providências e ações preliminares que devem ser adotadas;
- c) Orientação nos atendimentos de primeiros socorros e apoio nas situações de risco iminente a saúde.
- d) Fornecer direcionamento adequado para cada situação específica afetando a saúde.

**6.1.5.1.** Mais orientações previstas no programa poderão ser acessadas por meio do telefone 0800 281 1648.

## **7. DISPOSIÇÕES GERAIS**

**7.1.** Aplicam-se a este plano as demais cláusulas e Condições Gerais do Contrato de Assistência à Saúde – **09.2022.001** – Coletivo Empresarial na Segmentação Ambulatorial e/ou Hospitalar com ou sem Obstetrícia, devidamente registrado em Cartório de Registro de Títulos e Documentos da Cidade de São Paulo e disponível no portal da **CONTRATADA**: [www.ccgsaude.com.br](http://www.ccgsaude.com.br).